**DOMANDA**

*(Compilare in stampatello tenendo conto di quanto previsto al paragrafo “Dichiarazioni sostitutive”)*

 Al Direttore Generale ARPAT

 Settore Gestione delle risorse umane

 Via del Ponte alle Mosse 211 - 50144 Firenze

La/il sottoscritt\_ …………………………………………………………………………………………………...

 *(cognome)* *(nome)*

CODICE FISCALE …………………………………………………………………………………...

**CHIEDE**

di essere ammess\_ a partecipare al:

**Concorso pubblico, per TITOLI ED esami, per TRE posti a tempo indeterminato, DI CUI UNO RISERVATO AGLI AVENTI DIRITTO DI CUI AL COMMA 2 DELL’ART. 20 DEL D.LGS. 75/2017, DI COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE AD INDIRIZZO FISICO – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI – per il settore agenti fisici di area vasta centro E PER L’UNITA’ OPERATIVA RADIOATTIVITA’ E AMIANTO DEL SETTORE LABORATORIO DI AREA VASTA CENTRO – SEDE DI FIRENZE**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

1) di essere nat\_ a ………………………………………………………………..Prov……….il ……………….

2) di essere residente a ……………………………………………………………………………..Prov. ……...

Via ………………………………………………………………………………………………..n………………...

3) di essere in possesso della cittadinanza ……………………………………………………………………..

*(indicare se italiana; se diversa specificare di quale stato membro dell’Unione Europea)*

 *oppure*

di essere in una delle condizioni di cui al punto 1 del paragrafo “Requisiti di ammissione” e precisamente:

 *(contrassegnare le opzioni corrette*)

* in mancanza della cittadinanza di uno stato membro della UE essere familiare di un cittadino di uno stato membro della U.E. e essere in possesso del diritto di soggiorno o diritto permanente *(dovrà essere allegata copia della Carta di soggiorno rilasciata dal Ministero dell'interno ai sensi del D.Lgs.30.06.2007)*
* cittadinanza di Paesi Terzi con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo *(dovrà essere allegata copia di tale documento)*
* titolarità dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria *(dovrà essere allegata copia del documento attestante il possesso di tali requisiti)*

4) di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;

5) di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva (per i soggetti nati entro il 1985)

 …………………………………………………………………………………………………………………...

6) *(contrassegnare le opzioni corrette)*

* di essere iscritta/o nelle liste elettorali del Comune di …………………………………………………...
* di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per i seguenti motivi:……………………………………………………………………………………………………………………

7) (*contrassegnare le opzioni corrette*)

* di non aver riportato condanne penali passate in giudicato;
* di non avere procedimenti penali in corso;
* di avere riportato la/le seguente/i condanna/e penale/i …………………………………………………..
* di avere il/i seguente/i procedimento/i penale/i in corso …………………………………………………..

8) di non di essere stata destituita/o o dispensata/o dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l’impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

9) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

 *(n.b.: deve essere compilata solo la parte corrispondente al titolo/titoli effettivamente posseduto/i):*

**Laurea di I livello** *in…………………………………………………………………………………………*appartenente alla classe………………………………………... conseguita il ………………………………presso …………………………………………………………………….con votazione ………./…………… **Laurea Specialistica/Magistrale** *in …………………………………………………………………………..*

appartenente alla classe ……………………………………...conseguita il ………………………………presso ……………………………………………………………………con votazione ………./……………..

**Diploma di laurea (vecchio ordinamento)** *in …………………………………………………………..*

conseguito il ……………………….presso ……………………………………………………………………con votazione ……………/……………….

10) di aver ottenuto il riconoscimento in Italia del/i seguente/i titolo/i di studio conseguito/i all'estero: …………………………………………………con provvedimento n. ………………...del …………………….

11) di aver prestato i sottoelencati servizi presso la Pubblica amministrazione:

* con rapporto d’impiego presso la Pubblica Amministrazione ………………………………………………………………....dal ………………….. al ……………………

*con rapporto di lavoro*:

* a tempo indeterminato
* a tempo determinato
* a tempo pieno
* a part time con la seguente percentuale oraria …………...%

con qualifica ………………………………………………………………………………………………………...

livello/categoria ………………………………..CCNL …………………………………………………………...

con mansioni di ……………………………………………………………………………………………………..

per le seguenti attività………………………………………………………………………………………………

12) di essere in possesso della patente di guida per autoveicoli, cat. …….. rilasciata in data ……………

13) **di essere in possesso di entrambi i seguenti requisiti specifici (solo per l’applicazione della riserva di cui al comma 2 dell’art. 20 D.Lgs. 75/2017):**

 risultare titolare, successivamente alla data del 28 agosto 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso ARPAT;

 aver maturato al 31 dicembre 2024 alle dipendenze di ARPAT almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni;

*specificare tipologia e durata del contratto di lavoro:*

 contratto di lavoro a tempo determinato:

 dal……………………...al……………………………. ex categoria/area ………………….

 contratto di lavoro a tempo determinato:

 dal………………………al……………………………..ex categoria /area………………….

***La/il sottoscritta/o dichiara, inoltre:***

14) di essere beneficiaria/o delle disposizioni di cui alla L.68/99, art………………………………………………………………………………………………………………...;

15) di essere beneficiaria/o delle disposizioni di cui all’art. 1014 del D. Lgs. 66/2010 per la categoria di seguito descritta…………………………………………………………………………………………………

16) di essere in possesso del seguente titolo che dà diritto a preferenza (art. 5 DPR n. 487/94): ………………………………………………………………………………………………………………………..

17) di essere esonerata/o dall’eventuale svolgimento della prova preselettiva ai sensi dell’art. 20, co 2 bis, della L. 104/92 in quanto in possesso di invalidità superiore all’80% ………*indicare la percentuale di invalidità……………….. (con produzione, al riguardo, della relativa certificazione medico-legale)*

18) di avere necessità per l’espletamento delle prove:

(*contrassegnare l’opzione/le opzioni di interesse*)

* dei seguenti ausili………………………………………………………………………………………….

*ovvero*

* di tempi aggiuntivi …………………………………………………………………………………………

*(con produzione, al riguardo, della relativa certificazione medica)*

19) di avere la necessità di usufruire, riguardo allo svolgimento della prova scritta, della/e seguente/i misura/e fra quelle previste dal D.M. 9.11.2021 per i soggetti con disturbi specifici dell’apprendimento -DSA………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(con produzione, al riguardo, della relativa dichiarazione resa dalla Commissione medico-legale della ASL di riferimento)*

La/il sottoscritt\_ unisce alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale redatto sotto forma di autocertificazione

* quietanza del versamento del contributo di partecipazione
* un elenco dei documenti presentati per il presente avviso
* documento di identità in corso di validità

certificazione medica attestante una delle condizioni di cui alla L. 104/92 o di cui al D.M. 9.11.2021  *(solo per gli interessati)*

* certificazione medica relativa alla condizione di DSA *(solo per gli interessati)*

**La/il sottoscritta/o** dichiara di aver preso visione del presente bando, ivi compresa l’informativa sulla privacy di cui al Regolamento (UE) 2016/679, e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite.

**La/il sottoscritta/o chiede, infine:**

- che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive:

indirizzo PEC ……………………………………………………………………………………………………....

indirizzo MAIL……………………………………………………………………………………………………….

Via …………………………………………………………………………………………………………. n……...

Città…………………………………………………………………………... Prov………. CAP ………………..

Tel. …………………………………….. Cell…………………………………………….

Data ……………………………………….. (FIRMA)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si allega fotocopia fronte-retro del documento di identità in corso di validità**